

Vergaderjaar 2009–2010

**32 123 XVI**

## **Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2010**

**Nr. 154**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 30 juni 2010

#### **1. Inleiding**

In het Algemeen Overleg van 29 juni 2010 over de bezuinigingsvoorstellen zorgsector heb ik u toegezegd over een aantal aandachtspunten vandaag een brief te zullen sturen. Voor ik op deze punten inga, wil ik de Kamer danken voor de bereidheid om in korte tijd te willen beslissen over het pakket van maatregelen dat ik de Kamer vanwege de overschrijdingen in de zorg heb voorgelegd. Het gaat om omvangrijke overschrijdingen waarvoor nu maatregelen getroffen moeten worden ondanks de demissionaire status van het kabinet.

#### **2. Vermogenstoets voor eigen bijdrage AWBZ**

Het box 3 vermogen speelt nu nog slechts een beperkte rol bij het vaststellen van de eigen bijdrage. 4% van het vermogen (het forfaitaire rendement) dat boven de vermogensgrens uitkomt, wordt opgeteld bij het verzamelinkomen.

Er zijn twee mogelijkheden om de vermogens een grotere rol te laten spelen.

De eerste mogelijkheid is het introduceren van een vermogenstoets. Dit betekent dat huishoudens die een vermogen hebben boven een vastgestelde grens, de gehele AWBZ-zorg zelf of grotendeels zelf betalen. Deze vermogenstoets komt overeen met de vermogenstoets zoals deze bij de huurtoeslag wordt toegepast. De opbrengsten van deze variant bedragen circa € 250 miljoen.

Overigens past een dergelijke vermogenstoets niet bij het verzekeringskarakter van de AWBZ.

De tweede mogelijkheid is niet uit te gaan van een 4% bijtelling, maar van een hogere bijtelling, bijvoorbeeld 8% of 12%. Dit instrument is gelijk aan de eerder voorgestelde vermogensinkomensbijtelling. De opbrengst bij een bijtelling van 8% bedraagt € 70 miljoen. Bij een bijtelling van 12% loopt dit op naar € 130 miljoen.

Gezien het feit dat er een nieuwe gegevensstroom met gegevens over het vermogen van de belastingdienst naar het CAK moet worden opgezet en ook bij het CAK automatiseringsaanpassingen plaats moeten vinden, kan deze maatregel op zijn vroegst op 1 januari 2012 ingaan. Bovendien is wetswijziging nodig. In de AWBZ moet worden geregeld dat de eigen bijdrage ook gebaseerd is op het vermogen.

### 3. Herberekening GVS

Het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) bevat meerdere clusters met geneesmiddelen die in hoge mate uitwisselbaar zijn en die sterk in prijs verschillen. Doorgaans zijn het clusters met daarin een mix van generieken en specialités. Een GVS brede herberekening van de vergoedingslimieten zal vooral bij die clusters resulteren in besparingen. Een deel van de op die wijze te bereiken besparingen is reeds ingeboekt op geleide van de inspanningen die huisartsen zullen doen om te komen tot doelmatiger voorschrijven van vooral maagzuurremmers en cholesterolverlagers. Hiermee is een bedrag gemoeid van € 127 mln. Een deel van die opbrengst zal moeten worden behaald door middel van een betere samenwerking tussen huisartsen en medisch specialisten. Aangezien er bij medisch specialisten – veel meer dan bij huisartsen – ruimte bestaat voor doelmatiger voorschrijven, kan een aanvullende prikkel tot doelmatiger voorschrijven door middel van een herberekening van het GVS bij medisch specialisten een extra opbrengst – bovenop de genoemde € 127 miljoen. – genereren van € 100 à € 150 miljoen. Dit is een ruwe schatting die met veel onzekerheid is omgeven.

Een brede herberekening van GVS-vergoedingslimieten zal naar verwachting leiden tot bijbetalingen voor patiënten. Theoretisch zal er altijd sprake zijn van een adequaat alternatief zonder bijbetaling. Om bijbetalingen te vermijden zullen in veel gevallen patiënten moeten switchen van medicatie. Het gaat dan om switchen tussen middelen met verschillende werkzame stoffen in tegenstelling tot het preferentiebeleid, waar het gaat om switchen tussen middelen met dezelfde werkzame stoffen. Het gaat hier veelal om ouderen en chronische zieken die vaak meerdere geneesmiddelen gebruiken. Niet zelden zal men voor meerdere geneesmiddelen moeten switchen om bijbetalingen te voorkomen. Op medicatie «ingestelde» patiënten zullen opnieuw ingesteld moeten worden. Een en ander leidt eenmalig tot meer werk voor huisarts, specialist en apotheker.

Er zullen overigens altijd groepen patiënten zijn die, om medische redenen, niet van behandeling kunnen switchen en daarom te maken krijgen met niet vermijdbare bijbetalingen. Het gaat hier bijvoorbeeld om tienduizenden patiënten met psychiatrische klachten en epilepsie. Die bijbetalingen kunnen fors oplopen. Om patiënten niet te belasten met onevenredig hoge bijbetalingen, zou ik willen zoeken naar mogelijkheden om de bijbetalingen te maximeren. Bij het vaststellen van de hoogte van het maximum zal een balans moeten worden gevonden tussen enerzijds de noodzaak van voldoende hoge bijbetalingen om patiënten die *kunnen* switchen naar goedkopere medicatie daartoe te prikkelen en anderzijds de wens om de maximale bijtelling voor patiënten die *niet kunnen* switchen niet onevenredig hoog te laten worden. Ik ga ervan uit dat die balans te

vinden is bij een maximum aan bijbetalingen van circa € 200 per verzekerde per jaar.

Ik wijs er op dat het onderzoek naar mogelijkheden voor een uitvoerbare maximeringsregeling wellicht tijd zal vergen. Invoering van zo'n regeling per 1 januari 2011 vergt veel inspanning en is niet met honderd procent zekerheid te realiseren.

#### **4. Pakketmaatregel geneesmiddelen tegen voetschimmel**

De meeste middelen voor de behandeling van voetschimmel zijn zelfzorgmiddelen. Deze worden niet vergoed. In het GVS is wel een aantal middelen opgenomen, die uitsluitend op recept verkrijgbaar zijn zoals itraconazol en bepaalde producten met terbinafine. Deze middelen zijn echter ook geregistreerd voor ernstiger indicaties (met een hogere ziektelast). Verder kan in individuele gevallen een behandeling van schimmelnagel medisch geïndiceerd zijn (zoals bij immuundeficiënte patiënten).

In totaal ging het in 2009 om ongeveer € 15 miljoen voor deze middelen voor alle aandoeningen. Ik zal nagaan of het mogelijk is vast te stellen wat de opbrengst is voor alleen de toepassing bij voetschimmel.

Via het stellen van nadere voorwaarden kan de toepassing van deze middelen worden beperkt tot de medisch noodzakelijke gevallen. Omdat het in de praktijk lastig uitvoerbaar en controleerbaar is, is daar tot nu toe van afgezien.

Overigens staat in de pakketagenda 2011–2012 ziektelast als onderwerp benoemd, waarbij dus aandacht zal zijn voor indicaties met lichte ziektelast.

#### **5. Preferentiebeleid geneesmiddelen**

Preferentiebeleid is een zaak van de individuele zorgverzekeraars. De overheid heeft daar geen invloed op. Niet alle zorgverzekeraars hanteren preferentiebeleid. Bij die zorgverzekeraars die het wel doen, is sprake van een min of meer stabiele situatie. Alle belangrijke middelen waarop preferentiebeleid zou kunnen worden toegepast, vallen daar al onder. Voor zover er de komende jaren specialités uit patent gaan, ligt het voor de hand er van uit te gaan dat daar ook preferentiebeleid zal worden toegepast. De daar aan verbonden opbrengsten zijn al ingeboekt in de financiële ramingen.

Een mogelijkheid voor extra opbrengst van preferentiebeleid zou wel liggen in het mogelijk maken van zogenaamd therapeutisch preferentiebeleid. Dit zou betekenen dat de zorgverzekeraar nog meer aanwijsbevoegdheid krijgt. Hij krijgt dan de mogelijkheid om van middelen waarvan de werkzame stof niet identiek is, maar die wel als onderling vervangbaar worden beschouwd, een preferent middel aan te wijzen.

Een mogelijke besparing van het therapeutische preferentiebeleid, bijvoorbeeld toegepast op maagzuurremmers en cholesterolverlagers, is gebaseerd op een gedragseffect (switchen van specialité naar generiek). Hetzelfde gedragseffect is de basis voor de opbrengst van € 127 miljoen in het doelmatiger voorschrijven door huisartsen.

Ik sta overigens wel positief tegenover het principe van therapeutisch preferentiebeleid. Hier zal ik in de komende periode nader onderzoek naar laten verrichten, zodat dit mogelijksterwijs met ingang van 2012 gestalte kan worden gegeven. Om therapeutisch preferentiebeleid mogelijk te maken, is overigens een wijziging nodig van het Besluit zorgverzekering.

Tot slot zij opgemerkt dat de onderbouwing van het in het debat genoemde bedrag van € 200 miljoen mij niet bekend is.

## **6. Kaakimplantaten**

Deze aanspraak voor bijzondere tandheelkunde betreft het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het daarbij behorende kunstgebit, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak. Mensen met een zeer ernstig geslonken kaakwal kunnen geen gebruik meer maken van een «gewoon» kunstgebit. De kosten van de implantaten zijn aanzienlijk. Voor beide kaken bedragen de gemiddelde kosten € 4.000. Op dit moment bestaat reeds een eigen bijdrage van € 250 voor beide kaken. Deze eigen bijdrage is overigens gelijk aan de eigen bijdrage voor een «gewoon» kunstgebit (van € 250).

Uit het pakket halen van deze voorziening levert € 129 miljoen (voorlopige cijfers CVZ 2009). Een alternatieve maatregel is het verhogen van de eigen bijdrage. Een eigen bijdrage van € 750 per kaak levert bijvoorbeeld circa € 30 miljoen op.

Overigens beraadt het CVZ zich, mede gelet op de stijgende kosten voor implantaten in de afgelopen jaren, op een mogelijke aanscherping van de indicatiestelling en mogelijke acties richting zorgverzekeraars om beter toe te zien op het gebruik van deze voorziening.

## **7. Eigen risico**

Indien het verplicht eigen risico met € 10, € 20 of € 30 zou worden verhoogd, levert dit circa € 70 miljoen, € 140 miljoen of € 205 miljoen op. Voor een dergelijke verhoging van het verplicht eigen risico boven op de jaarlijkse indexering van het maximumbedrag van het eigen risico, is wetswijziging vereist.

Met het oog op de risicoverevening moet per 15 september 2010 duidelijk zijn hoe hoog het eigen risico per 2011 zal zijn. Dit houdt in dat deze wetswijziging per die datum door beide Kamers moet zijn aanvaard.

## **8. Percentuele bijdrage in plaats van eigen risico**

De Kamer vroeg mijn reactie op het voorstel om in plaats van het verplicht eigen risico een percentuele eigen bijdrage ter hoogte van 25% in te voeren met een nominaal maximum per inkomensklasse, mede vanwege het vermijden van een stapeling van eigen bijdragen.

Het Centraal Planbureau (CPB) heeft op mijn verzoek in april 2008 onderzocht wat de effecten zijn van een percentuele eigen bijdrage in plaats van een eigen risico. Met mijn brief van 23 mei 2008 (Kamerstukken II 2007/08, 29 689, nr. 194) heb ik deze studie van het CPB aan uw Kamer aangeboden.

De conclusies waren dat een percentuele eigen bijdrage geen effectieve methode is om het gedragseffect te verhogen en bovendien een belangrijk negatief effect heeft, namelijk een lagere opbrengst aan eigen betalingen in vergelijking met een eigen risico. Gezonde verzekerden betalen in een dergelijk systeem minder. Verzekerden die langdurig veel zorg gebruiken hebben hier geen voordeel van en zullen in een dergelijk systeem meestal het maximum volmaken.

Een eigen bijdrage van 25% leidt tot veel kleine eigen bijdragen en daarmee nemen de uitvoeringskosten en de administratieve lasten van zo'n systeem aanzienlijk toe in vergelijking met een eigen risico.

Het invoeren van een maximum per inkomensklasse voor deze procentuele eigen bijdragen, maakt het systeem ingewikkeld. De privaatrechtelijke zorgverzekeraars hebben niet de beschikking over inkomensgegevens van hun verzekerden. Uw Kamer heeft meermalen uitgesproken dat het ook ongewenst is dat de zorgverzekeraars dergelijke inkomensgegevens zouden hebben. Voor een maximering van de eigen bijdrage per inkomensklassen zou dus buiten de zorgverzekeraars om een nieuw systeem van gegevensuitwisseling moeten worden opgezet. Ook dat betekent een aanzienlijke verzwaring van de uitvoeringslasten met forse administratieve lasten.

Deze maatregel zou overigens wel wetswijziging vergen. Ook hier geldt dat met het oog op de risicoverevening deze wetswijziging vóór 15 september 2010 door beide Kamers moet zijn aanvaard. Ook dienen de uitvoeringstechnische consequenties voor zorgverzekeraars te worden bezien.

### **9. Overschrijdingen medisch specialisten**

De Kamer heeft mij gevraagd of de overschrijding bij de medisch specialisten met terugwerkende kracht teruggehaald kan worden. Zoals ik in juli 2009 tijdens Algemeen Overleg over budgettaire maatregelen heb aangegeven, is het juridisch niet mogelijk om de overschrijdingen bij de vrijgevestigd medisch specialisten over 2008 en 2009 met terugwerkende kracht terug te halen.

Op verzoek van de Kamer heb ik hierover op 5 oktober 2009 (CZ/TSZ-2952926) een brief gestuurd. In die brief heb ik aangegeven dat het essentiële punt voor het terughalen van geconstateerde overschrijdingen is of de correctie van de tarieven voorzienbaar was of niet. Is dat niet het geval, zoals bij de overschrijdingen van de vrijgevestigd medisch specialisten in 2008 en 2009, dan is het juridisch niet mogelijk die overschrijdingen met terugwerkende kracht te corrigeren. Uiteraard laat dit onverlet dat het wel mogelijk is om ferme maatregelen te nemen die voorkomen dat een overschrijding zich in toekomstige jaren nogmaals zal voordoen. Dat is waar ik op inzet. Zo heb ik de NZA een aanwijzing gegeven om de tarieven voor 2010 met in totaal € 512 miljoen te korten.

### **10. Grensstrook-vraagstuk**

De Kamer heeft de wens geuit dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bij de inventarisatie van de beoogde intramurale capaciteit voor 2011 expliciet de voorzieningen op de «grensstrook» meeneemt. Ik zal in overleg met de NZa bezien op welke wijze de voorzieningen op de grensstrook in de budgettaire kaders expliciet kunnen worden benoemd. Voorts wijs ik erop dat er een Taskforce Grensstrook is ingesteld. Ik zal de leden van deze Taskforce Grensstrook aanspreken op hun verantwoordelijkheden om mee te werken aan het «leegmaken» van de grensstrook. Daarbij zal ik bij Zorgverzekeraars Nederland, die ook lid is van de Taskforce, specifiek aandacht vragen voor het betrekken van voorzieningen van de «grensstrook» bij het inkoopbeleid van zorgkantoren.

### **11. Overige onderwerpen**

Voorts noem ik een aantal onderwerpen waarover ik de Kamer op een later moment nog verder zal informeren

*a. de 30 000 langdurig in AWBZ-instelling verblijvende cliënten die nu minder dan € 400 betalen.*

Op dit moment inventariseer ik om welke groepen van cliënten het precies gaat. Tevens ben ik aan het nagaan hoe geregeld kan worden dat deze mensen na het betalen van de eigen bijdrage minimaal het bedrag aan zak- en kleedgeld ter vrije besteding overhouden. De op dit moment geïdentificeerde groepen zijn bijstandsgerechtigden die op grond van de Wet werk en bijstand zak- en kleedgeld ontvangen, Wajonggerechtigden en mensen met alleen een onvolledige AOW-uitkering.

Ik zal de Kamer op de hoogte houden van de verdere verkenning en de oplossingen die gevonden worden.

*b. Pgb*

Wat betreft de hoogte van het pgb-subsidieplafond voor 2011 wil ik nog het volgende kwijt. In de begroting 2009 is voor de periode 2009 tot en met 2012 bijna € 1,1 miljard toegevoegd aan de raming van de pgb-regeling. Op basis van de realisatiecijfers van het CVZ en de inschatting die zij op basis daarvan maken voor de verwachte uitgaven het jaar erop kan worden gesteld dat het pgb-subsidieplafond in 2011 toereikend is om zowel de reguliere instroom van budgethouders als de budgethouders die in 2010 op een wachtlijst zijn gezet te bekostigen. Daarbij is het wel noodzakelijk vanaf 2011 maatregelen te nemen. Hierbij kan gedacht worden aan het solide maken van de pgb-regeling, tariefmaatregelen en het bevorderen van een uniforme indicatiestelling. Zoals aan de Kamer aangegeven kom ik hier in de begroting 2011 op terug; ik zal dan tevens aangeven hoever het staat met het voornemen om het pgb onder de contracteerruimte te brengen.

*c. Pgb wooninitiatieven*

Voor een aantal wooninitiatieven (onder andere Thomashuizen) is door de Kamer aangegeven dat zij in hun voortbestaan worden bedreigd dan wel nieuwe initiatieven geen doorgang kunnen vinden bij de handhaving van het pgb subsidieplafond per 1 juli 2010. Dit vanwege het feit dat een vrijkomende plek niet altijd kan worden opgevuld met een budgethouder die al over een pgb beschikt of nieuwe initiatieven de komende maanden geen nieuwe budgethouders kunnen ondersteunen. Ik zal met het CVZ in overleg treden om met hen de mogelijkheid te verkennen gedurende de handhaving van het plafond deze initiatieven een handreiking te kunnen bieden.

De Kamer heeft gesuggereerd een inkomenstoets bij ouders van jeugdige gebruikers van pgb te introduceren. Ik wil deze suggestie betrekken bij het totaal aan maatregelen voor het pgb dat ik in de begroting 2011 zal presenteren. Deze maatregel is uitvoeringstechnisch niet te realiseren per 1 januari 2011.

*d. Cochleair implantaat*

Tijdens het AO hebben we ook van gedachte gewisseld over cochleair implantaten. Hierover zal ik u binnen afzienbare termijn nader berichten.

## 12. Samenvattend overzicht

De onderstaande tabel bevat de budgettaire effecten van de door de Kamer genoemde alternatieve maatregelen.

Alternatieve maatregelen	Opbrengst (in miljoenen euro's)
Vermogenstoets AWBZ (2012)	70/ 130/ 250
Herberekening GVS <sup>1</sup>	100/150
Preferentiebeleid	0
Geneesmiddel voetschimmel uit pakket <sup>2</sup>	Max 15
Kaakimplantaten	129
a. uit pakket <sup>3</sup>	30
b. eigen bijdrage	
Eigen risico verhogen met € 10/20/30 <sup>4</sup>	70/140/205

<sup>1</sup> De cijfers betreffen een ruwe schatting die met veel onzekerheid is omgeven. De opbrengst is onder andere afhankelijk van de mate waarin patiënten daadwerkelijk switchen naar goedkopere geneesmiddelen en van vormgeving van de in paragraaf 3 voorgestelde maximeringsregeling voor de bijbetalingen.

<sup>2</sup> Dit bedrag betreft de opbrengst voor alle aandoeningen.

<sup>3</sup> Deze opbrengst is op basis van de voorlopige cijfers 2009.

<sup>4</sup> Hoe hoger het eigen risico des te minder mensen het eigen risico volmaken. Daarom neemt de opbrengst van de verhoging van het eigen risico niet evenredig toe.

## 13. Tot slot

Tot slot merk ik op dat ik zoals ik de Kamer heb toegezegd het ontwerpbesluit op het punt van het eigen risico en de ketenzorg nog zal wijzigen. Deze zorg zal per 1 januari 2011 niet onder het eigen risico komen te vallen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
A. Klink